

УДК:616.12-008.318-053.2/.6:612.171.7

**АРИТМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА**

Бубневич Т. Е., Бильская Н. Л.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель Республика Беларусь

Введение

В структуре сердечно-сосудистой патологии большое значение имеют функциональные нарушения и состояния, связанные с малыми аномалиями развития сердца [1]. При целенаправленном поиске выявление их ультразвуковым методом возможно у 97–99 % детей. Насчитывается около трех десятков вариантов микроаномалий развития сердца. Большинство из них можно условно разделить на две большие группы: изменения клапанного аппарата, при которых центральное место по частоте выявления и клинической значимости занимают пролапсы клапанов, чаще митрального (ПМК), и дополнительные образования в полостях сердца — аномально расположенные хорды левого желудочка (АХЛЖ) [1].

Значение аномально расположенных хорд левого желудочка в формировании патологии сердечно-сосудистой системы интенсивно изучается [1, 3]. С одной стороны, они могут рассматриваться как относительно «безобидные», с другой стороны, они могут являться причиной различных нарушений в работе сердечно-сосудистой системы, существенно влиять на внутрисердечную гемодинамику [3]. Основное клиническое значение малых сердечных аномалий, по мнению многих авторов, заключается в том, что они являются одной из возможных причин развития нарушений сердечного ритма [1, 2, 3]. Однако механизмы возникновения аритмий и характер электрокардиографических изменений изучены недостаточно.

По данным литературы в ряде исследований выявляются особенности сердечных аритмий, связанные с характером диспластических изменений в сердце [2]. Однако эти сведения являются достаточно противоречивыми.

В Гомельской области за 2011 г. первое место в структуре заболеваемости кардиологической патологией детского возраста заняли различные нарушения ритма: зарегистрировано 987 случаев в 2011 г., 678 случаев 2010 г.

МАРС по-прежнему широко распространены: зарегистрировано 6143 случаев в 2011 г., 6650 случаев в 2010 г.

Среди сердечно-сосудистой патологии большое значение имеют функциональные нарушения и состояния на фоне кардиальных дисплазий. Аритмический синдром часто является одним из первых клинических проявлений патологии сердечно-сосудистой системы в молодом возрасте [2]. Согласно современным данным, в структуре функциональных заболеваний сердца у детей и подростков нарушения ритма сердца составляют 60,8 % [1, 3].

Цель работы: изучить клинические проявления и особенности аритмического синдрома у детей и подростков с кардиальными дисплазиями.

Материалы и методы исследования

Работа основана на результатах выкопировки данных из историй болезни стационарных пациентов (анамнез, объективное исследование, клинико-инструментальное и лабораторное обследования) — детей и подростков (43 девочки и 52 мальчика) в возрасте от 1 до 17 лет, проживающих в г. Гомеле и Гомельской области. В исследование

включены дети с различными нарушениями сердечного ритма и проводимости, поступивших в кардиоревматологическое отделение учреждения здравоохранения УЗ «ГОДКБ» с целью обследования, уточнения степени аритмического синдрома, верификации структурных аномалий сердца, выбора тактики лечения за период февраль-август 2011 г. Всем детям проводилось комплексное обследование, включающее клинико-анатомический метод обследования, физикальное исследование, оценка исходного вегетативного статуса, выраженность вегетативных нарушений, осмотр невролога, офтальмолога, эндокринолога, ЛОР-врача (по показаниям), функциональные методы исследования: стандартная ЭКГ, ЭКГ с нагрузкой, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, ЭХО-КГ, УЗИ внутренних органов.

Требования к выборке:

1. Наличие у детей и подростков сочетания малых аномалий развития сердца и нарушения ритма и проводимости.

2. Исключить из выборки детей и подростков, имевших воспалительные заболевания (так как воспалительный процесс мог бы индуцировать нарушение ритма и проводимости).

3. Исключить из выборки детей и подростков, имевших эндокринную патологию (так как так как эндокринные заболевания могли бы индуцировать нарушение ритма и проводимости).

Результаты и обсуждение

В выборку включено примерно равное количество детей и подростков обоего пола: 54,7 % (52 мальчика), 45,3 % (43 девочки). Большая часть выборки представлена подростками 11–17 лет — 66 (69,5 %). В выборку так же включены дети в возрасте 8–10 лет (препубертатный период) — 12 (12,6 %), и 1–7 лет (детский возраст) — 17 (17,9 %). Значительная часть выборки представлена детьми и подростками, проживающими в городе — 79 (83,2 %). Отягощенный анамнез по заболеваниям сердечно-сосудистой системы выявлен у 25 детей и подростков (26,3 %), неотягощенный — у 70 (73,7 %). Это связано с недостаточным сбором анамнеза либо с отсутствием полного обследования родителей (учитывая литературные данные) [2]. Отягощенный антенатальный анамнез выявлен у 9 человек (9,5 %), неотягощенный — у 86 (90,5 %). Возможно, это связано с недостаточным сбором анамнеза (учитывая данные литературы) [2]. По частоте встречаемости среди малых аномалий развития сердца выделяют аномальные трабекулы (АТ) и ложные хорды (ЛХ) левого желудочка (как изолированные, так и сочетанные с другими МАРС): АТ — 48 (50,5 %), ЛХ — 35 (36,8 %). На первом месте среди изолированных малых аномалий развития сердца (85 случаев — 89,5 %), встречаются аномальные трабекулы и ложные хорды левого желудочка: АТ — 43 (45,3 %), ЛХ — 31 (32,6 %). Выявлено, что у детей с МАРС чаще всего встречаются нарушения ритма (как изолированные, так и сочетанные с другими нарушениями ритма и проводимости): нарушение ритма — 66 (56,4 %), нарушение проводимости — 32 (27,4 %). Наиболее часто определялись изолированные нарушения ритма — у 45 (47,4 %) детей, нарушение проводимости — у 17 (17,9 %) детей. В предоставленной выборке выявлено 13 (13,7 %) детей с дисплазией соединительной ткани (ДСТ). По литературным данным этот процент значительно выше [3]. Возможно, это связано с недооценкой внешних проявлений ДСТ при курации детей с МАРС. Среди дисплазий соединительной ткани в нашей выборке чаще встречались сколиоз — 4 (4,2 %) случая и плоскостопие — 4 (4,2 %) случая. По нашим данным, как среди девочек, так и среди мальчиков преобладает физическое развитие выше среднего (выше среднего дисгармоничное, выше среднего гармоничное, высокое резко дисгармоничное, высокое дисгармоничное, высокое гармоничное), особенно в пубертатном периоде: девочки — 16 (16,8 %), мальчики — 26 (27,4 %). Чаще всего клиническими проявлениями МАРС (изолированных и комбинированных) является синдром сердечно-сосудистых нарушений, цереброваскулярный и астениче-

ский синдром. Наиболее частым клиническим проявлением МАРС и нарушений ритма у детей и подростков с физическим развитием выше среднего является синдром сердечно-сосудистых нарушений — 100 % (66 человек). На фоне интенсивного роста, наблюдается относительная задержка роста внутренних органов, сосудов, нервов — отсюда возникают функциональные изменения и клинические проявления [2]. По данным исследования, наиболее часто у детей с МАРС наблюдались нарушения ритма (нормотопные, гетеротопные). Больше всего нарушений ритма выявлено у детей с изолированными аномальными трабекулами левого желудочка — 25 (54,7 %) человек; в группе с двумя и более МАРС — 7 (70 %) человек. При сравнении эффективности двух методов диагностики нарушений ритма и проводимости: ЭКГ и суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру выявлено, что большей значимостью в диагностике нарушений ритма обладает суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру — 33,7 % (32 человека). По данным определения исходного вегетативного тонуса методом кардиоинтервалографии (КИГ) среди подростков преобладает нормотония — 15 (42,9 %), ваготония — 12 (34,3 %). Среди подростков по данным КИГ преобладает гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность — 80 % (28 человек). Адаптационные возможности организма удовлетворительные у 18 подростков (51,4 %), снижены — у 17 (48,6 %).

Выводы:

1. Значительная часть выборки представлена детьми и подростками, проживающими в городе. Возможно, это связано с большей доступностью специализированной медицинской помощи и уровнем обследования в городах.
2. Отягощенный анамнез по заболеваниям сердечно-сосудистой системы наблюдался лишь в четверти процентов случаев. Это связано с недостаточным сбором анамнеза либо с отсутствием полного обследования родителей (учитывая литературные данные).
3. Чаще всего из малых аномалий развития сердца встречаются аномальные трабекулы и ложные хорды левого желудочка (как изолированные, так и сочетанные с другими МАРС).
4. Чаще всего встречаются изолированные нарушения ритма и проводимости.
5. В одном из семи случаев нашей выборки выявлена дисплазия соединительной ткани. По литературным данным этот процент значительно выше. Возможно, это связано с недооценкой внешних проявлений ДСТ при курации детей с МАРС.
6. Наиболее частым клиническим синдромом у пациентов при всех видах МАРС является синдром сердечно-сосудистых нарушений; часто встречается цереброваскулярный синдром; на третьем месте — астенический синдром.
7. Наиболее часто у детей с МАРС наблюдались нарушения ритма (нормотопные, гетеротопные).
8. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру значительно эффективнее в диагностике нарушения ритма, чем стандартное ЭКГ исследование.
9. Среди детей пубертатного периода преобладает исходный вегетативный тонус нормотонический.
10. У большинства детей, как у мальчиков, так и у девочек, вегетативная реактивность соответствует гиперсимпатикотоническому варианту.
11. Адаптационные резервы оказались снижены практически у половины подростков.
12. Во всех возрастных группах уровень физического развития оказался выше среднего. Наиболее явно эту тенденцию можно проследить среди детей пубертатного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабкина, А. В. Нарушение ритма сердца у детей на фоне диспластической кардиопатии / А. В. Бабкина // Современное состояние и перспективы развития медицины: сборник научных статей. — Воронеж, 2006. — Т. 2. — С. 45–47.
2. Почивалов, А. В. Особенности ритма сердца у детей с синдромом соединительнотканной дисплазии / А. В. Почивалов, А. В. Бабкина, О. П. Дынник, С. А. Никифорова // Журнал теоретической и практической медицины. — 2006. — Т. 4, № 3. — С. 376–379.
3. Бабкина, А. В. Аритмический синдром у детей с малыми аномалиями сердца, принципы коррекции / А. В. Бабкина, А. В. Почивалов, О. П. Дынник // Актуальные вопросы медицинской реабилитации на современном этапе: юбилейная межрегиональная научно-практическая конференция. — Воронеж, 2007. — С. 159–163.